別紙様式８

遠隔死亡診断補助加算に係る届出書（届出・変更・取消し）

連絡先　担当者氏名：（　　　　　　　　）　電話番号：（　　　　　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
|  受理番号 |  （訪看33）　　　　　　号 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 |  　　　　年　　月　　日 |  |  決定年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |

|  |
| --- |
|  （届出事項）　　　遠隔死亡診断補助加算に係る届出 |
| 上記のとおり届け出ます。　　　　　　年　　月　　日指定訪問看護事業者の所在地及び名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の氏名　　　　　　　　　　関東信越厚生局長　殿 |

届出内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定訪問看護ステーションの | ｽﾃｰｼｮﾝｺｰﾄﾞ |  |
|  |  |
| 所在地及び名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　管理者の氏名情報通信機器を用いた在宅での看取りに係る研修を受けた看護師 |
|  |  氏名 |  氏名 |  |
|  |  |
|  備考：研修を修了したことが確認できる文書（当該研修の名称、実施主体、修了日及び修了者の氏名等を記載した一覧でも可）を添付すること。  |